

CORANAVİRÜS PANDEMİSİ SÜRECİNDE JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ: JİNEKOLOJİK KANSERLERİN YÖNETİMİ VE CERRAHİ PLANLAMASINA İLİŞKİN ÖNERİLER

Tüm dünya ülkeleri gibi, ülkemiz de her geçen gün artan sayıdaki COVID-19 vakası ve giderek büyüyen pandeminin etkileri ile karşı karşıyadır. Bu durum karşısında ülkemiz de dahil olmak üzere bir çok ülke, hastalığın yayılımını kontrol altına alma anlamında pek çok önlemler almakta ve stratejiler geliştirmektedir.

COVID-19 PANDEMİSİ GÜNDEMİNDE JİNEKOLOJİK KANSERLER

- Kanser hastalarının, hem medikal hem de cerrahi tedavinin sebep olduğu immun-supresif durum nedeniyle, enfeksiyonlara karşı çok daha hassas oldukları bilinmektedir . COVID-19 olan kanser hastalarında ciddi medikal sorun gelişme riski, kanser olmayan COVID-19 hastalarına göre 3.5 kat yüksektir
- Bu özel süreçte jinekolojik onkoloji hastalarına en iyi tedavinin verilmesi ne kadar önemliyse, bu hastalar ve ailelerinin güvenliğinden sorumlu olan sağlık çalışanları ve tüm ilişkili ekibin güvenliği de o derecede önemlidir ve bunu sağlamak için maksimum gayret sağlanmalıdır.
- Bir noktada tüm kaynakların COVID-19'dan etkilenen hastalara yönlendirilmek zorunda kalılabileceği de göz ardı edilmemeli ve jinekolojik onkoloji hastalarının yönetimi ve bakımı optimize edilirken aynı zamanda stratejiler buna göre de şekillendirilmelidir.
- Hastaların yönetimi sürecinde, pek çok merkezde rutin vizitlerin ve cerrahi işlemlerin tamamen kaldırılabilceğinin veya kısıtlanabileceğinin bilincinde olmamız gerekir.

- Bu anlamda, doğru hastaya doğru tedavi planı, hastanın maruziyet riskini de minimuma indirecek şekilde yapılmalıdır. Bunu yaparken de uzun ameliyat süresi, majör kan kaybı, kan ürünü ihtiyacı, medikal personel için enfeksiyon riski veya yoğun bakım ihtiyacı olma riski yüksek olan girişimlerin sayısını azaltma yönünde stratejiler geliştirilebilir.

Ayaktan Hasta Vizitleri İle İlgili Öneriler:

- a. Sadece akut onkolojik değerlendirme gereken yeni hastalar/ konsültasyonlar ve aktif tedavisi devam eden hastalar ile kısıtlamalıdır.
- b. Ekipteki kişilerin sayısını mümkün olduğunca azaltarak maruziyeti azaltmalıdır.
- c. Hasta bakımı için esansiyel olan personeli bulundurmamak- asistan ve öğrenci sayısını azaltmalıdır.
- d. Hasta refakatçi sayısını 1 ile kısıtlanmalı- hastanın olası fiziksel veya psikolojik kısıtlamaları nedeniyle o 1 kişi çok gerekliyse- ve bu refakatçinin enfeksiyon şüphesinin olmamasına dikkat edilmelidir.
- e. Tüm rutin takip/surveyans vizitlerini iptal etmeli; koşullar el veriyorsa telefon veya internet yoluyla danışmanlık verilmelidir.
- f. Web-bazlı konsültasyonu mümkünse gündeme alınmalı; böylece daha uygun , hızlı ve sağlıklı triyajı mümkün hale getirilmelidir.

- g. Asemptomatik olan ve değerlendirmede hastalık bulgusu olmayan hastalarda tamamiyle gerekli olmayan tüm girişimleri ertelemelidir; örn. Rutin görüntüleme , serum belirteçleri

Hastalık Yönetimi İçin Öneriler:

- Ameliyatların ertelenme kararı alınırken, ne kadar süreyle ertelenebileceği konusu önem taşır. Psikolojik açıdan, ‘kabul edilebilir’ erteleme süresi yoktur. Burada elbette salgının ülkemizdeki gidişatını net olarak kestiremediğimiz için vereceğimiz öneri sadece beklemenin o hastalığın sağkalımına ne kadar etki ettiği ile ilgili olacaktır. Aşağıdaki öneriler, hem hastane koşulları, hem hasta şartları göz önüne alınıp kişisel olarak uygulanmalıdır (ör. masif hemorajisi olan, cerrahi girişim gerektiren postoperatif komplikasyon gelişen veya ileus gelişmiş tümör hastaları, bu kapsam dışında tutulmalıdır).
- Jinekolojik kanser yönetiminde, ameliyatın bekletilmesi veya kısa süre içinde yapılması ile ilgili seviye 1 düzeyinde kanıt sağlayacak çalışma dizaynı anlaşılabilir sebeplerden dolayı mümkün değildir. Elimizde, retrospektif çalışmalardan gelen veriler mevcuttur.
- Pandemi sonucu kan bağışı oranları düşeceğinden, kan ürünleri teminine ve ulaşılabilirliğine dikkat edilmelidir. Sağlıklı bakım çalışanları, kan bağışı yapmayı düşünmeli ve çevresini de mümkünse cesaretlendirmelidir

Acil Durumlar:

Aşağıda belirtilen durumlarda, acil endikasyonla ameliyat gerekmektedir:

- Mide, ince barsak, kolon perforasyonu
- Barsak obstrüksiyonu

- Vajinal, uterin veya pelvik hemoraji
- Molar gebelik
- Torsiyone olmuş veya üriner/intestinal obstrüksiyona yol açan pelvik kitle

Servikal Preinvaziv Lezyonlar:

- a. ASCCP ara önerilerine göre, kolposkopik muayane, low-grade skuamoz intraepiteliyal lezyon tarama sonucu olan hastalarda 6-12 ay; high-grade sonucu olanlarda ise 3 ay ertelenebilir

Serviks Kanseri:

- a. Erken evre serviks kanseri: Onkolojik cerrahinin devam edebildiği hastanelerde, erken evre serviks kanseri operasyonları yapılabilir. Erken evre serviks kanserinde ameliyat için ne kadar beklenebileceği ile ilgili önemli veriler, gebelerde yapılmış retrospektif çalışmadan gelmektedir. IJGC Editorial'da görüntüleme ile erken evre serviks kanseri öngörölmüş hastalarda, operasyonun 6-8 hafta ya da salgın krizi geçene kadar ertelenebileceği belirtilmiştir. SGO kılavuzunda, küratif amaçlı yapılan serviks kanseri cerrahisi, yarı acil sınıfta yer almakta olup 1-4 hafta içinde yapılması önerilir.
- b. Lokal ileri hastalık: Primer radyoterapi(hipofraksinasyon- günlük dozu artırma yoluyla vizitleri azaltma- düşünölmelidir) önerilmektedir. COVID-19 semptomları olmayan hastalarda, brakiterapi geciktirilmemelidir (*American Brachytherapy Society*)

Endometrium Kanseri:

- a. Grade 1 ve 2 endometrioid endometrium kanseri hastalarında da, grade 3 endometrioid ve non-endometrioid tip endometrium kanseri hastalarında da 8-10 hafta beklemenin sağkalımı etkilemediğini gösteren, 182.000'in üzerinde hasta verisini içeren Amerikan database çalışması mevcuttur .Erken cerrahi olanlarla, geç cerrahi olanlar arasında upstaging açısından fark

saptanmamıştır. Mart 2020’de yayınlanan bir derlemede, endometrium kanseri primer cerrahisinin 8 haftaya dek güvenle ertelenebileceği öne sürülmüştür .

- b. IJGC Editorial’de, grade 1 hastalarda hormonal tedavi veya gestagen içeren intrauterin araç uygulanabileceği belirtilmiştir . SGO önerilerinde ise, hormonal tedavinin kontrendike olduğu hastaların 1-4 hafta içerisinde opere edilmesi önerilmiştir. Cerrahi uygulanabilen merkezlerde, grade 2/3 endometrioid veya seröz/clear cell/karsinosarkom histolojisi olan hastalarda basit histerektomi ve bilateral salpingooforektomi (±sentinel lenf nod cerrahisi) önerilmiştir. İleri evre endometrium kanserinde ise histolojik tanı konulup, hasta sistematik tedaviye yönlendirilmelidir.

Over Kanseri:

- a. Bu konuda, cerrahi ve adjuvan kemoterapi arasındaki süre ile ilişkili çalışmalar mevcuttur. İleri evre over kanserinde neoadjuvan kemoterapi-interval sitoredüksiyon ile primer cerrahi konusu, yıllardır tartışılan ve çalışılan bir konu olup ikisi arasında sağkalıma yönelik hala net sonuca varılamamıştır. Uzun sürebilecek ve gastrointestinal rezeksiyon/anastomoz gereksinimi doğabilecek primer sitoredüksiyon ameliyatları göz önünde bulundurulduğunda ameliyathane koşulları, personel gereksinimi, kan ürünleri gereksinimi, yoğun bakım gereksinimi, uzun sürebilecek postoperatif yatış da değerlendirildiğinde ileri evre over kanseri hastalarının primer cerrahiye alınamayıp neoadjuvan kemoterapiye yönlendirilmesi uygun olabilir. Önemli bir hatırlatma: Virüs, asemptomatik kişilerden de bulaşabilmektedir. Damlacık ve temas yolları, primer bulaş yollarıdır. Bununla beraber, fekal-oral bulaş, aerosol yolla bulaş dışlanamamıştır. Çin, Renji Hastanesi, Gastrointestinal Cerrahlar tarafından yazılmış bir yazıda, kolorektal kanser cerrahisine giren sağlık çalışanlarının 14 gün boyunca izole edilmesi önerilmektedir.

- b. Neoadjuvan kemoterapi başlanmış hastalar için, tedavi planı 6 küre çıkarılabilir. Bu karar verilirken, merkezin koşulları göz önünde tutulmalıdır . İnterval sitoreduksiyon, SGO kılavuzunda yarı acil sınıfında yer almakta olup, 1-4 hafta içerisinde yapılması önerilir.

Vulva Kanseri:

- c. Otuz vulva kanseri olgusu, 4 haftadan az veya fazla bekleyenler olarak karşılaştırıldığında, progresyon açısından fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada, serviks ve vajina kanseri hastaları için de benzer sonuç bulunmuştur . SGO kılavuzunda, küratif amaçlı yapılan vulva kanseri cerrahisi, yarı acil sınıfta yer almakta olup 1-4 hafta içinde yapılması önerilir.

Laparoskopik Cerrahi:

- a. Açık cerrahide, operasyon ekibinin hastanın sıvı ve dokulara teması artmaktadır. Laparoskopide ise, gazın aerosol etkisi ve cerrahi duman nedeniyle viral kontaminasyon riski vardır. Bu riski azaltmak için, sabit basınçlı insüflatör, duman boşaltılması için merkezi aspiratör ve CO2 filtreleri kullanımı önerilmektedir. Elimizde henüz, avantajı nedeniyle laparoskopi/laparotomi seçimine yönlendirecek veri yoktur. Ameliyat süresini kısaltacak ve hasta ve ameliyat ekibinin güvenliği en iyi şekilde sağlayacak yöntem seçilmelidir.

Diğer:

- a. Yeni tanı almış, özellikle high grade hastalıklar (over kanseri, sarkomlar, GTN ve tip 2 endometrium kanseri dahil) ve semptomatik reküren kanser hastalarında değerlendirme basamakları ve tedavi devam etmelidir. Bu tanı-tedavi sürecinin mümkün olmadığı merkezlerde çalışan hekimlerin, uygun merkezlerdeki jinekolog onkologlarla iletişime geçmesi ve hastalarını yönlendirmesi önerilir.

- b. İleri evre veya high-grade kanser vakaları, zorunlu ertelemeler sonucunda daha da kötüleşen semptomlar veya progresyon ile gelebilir ve acil vakalara dönüşebilir. Bu nedenle bu hastalar 2-4 haftada bir mutlaka yeniden değerlendirilmelidir.
- c. Malignite düşündürülen pelvik kitleler, SGO kılavuzuna göre yarı acil olarak sınıflandırılır ve 1-4 hafta içerisinde opere edilmesi önerilir.
- d. Şu hastalar, SGO kılavuzuna göre aciliyeti olmayan sınıfta yer alırlar. Gereken cerrahi prosedürler, >4-12 hafta sonrasında gerçekleştirilebilir:
- Genetik risk nedeniyle risk azaltıcı cerrahi
 - Benign görünümlü over kitleleri
 - Benign endikasyonlu histerektomiler
 - VaIN/VIN 2-3
 - Histolojik HSIL
 - Kompleks atipili hiperplazi/EIN
 - Erken evre over kanserinde tamamlayıcı cerrahi
 - Reküren kanserlerde palyatif cerrahi

COVID-19 ile Enfekte Hastanın Ameliyatı:

Acil sebeple COVID-19 ile enfekte hastanın ameliyatına girecek olan sağlık çalışanlarının hem kendilerini hem diğer hastaları bulaştırmaktan korumak amacıyla bir dizi önlem almaları gereklidir. Elimizdeki veriler, hepatit ve HIV’li hastalarla ilgili deneyimlerden ve yukarıda da belirtildiği gibi, Çin’de bu hastalara cerrahi gerçekleştiren ekiplerden gelmektedir. Cerrahiye alınacak enfekte hastalara yaklaşım ile ilgili güncel derleme, Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği tarafından yayınlanmıştır . Operasyona girecek hekimlerin tüm yazıyı okuması önerilir. Özet olarak şunlara dikkat edilmelidir :

- Muayene öncesinde, ekiptekiler saçlarını toplamalı, üniformalarını pantolonun içine sokmalı, mümkünse deliksiz çizme ayakkabılar giymeli, baş-boyunu kapatacak şekilde, bone, maske, iç eldiven, önlük, dış eldiven giyilip gözlük/yüz koruyucu ekran takılmalıdır.
- Muayene sonrasında, henüz hiçbir şey çıkarılmadan el cerrahi prensiplere uygun yıkanmalı ve takiben destek ekibiyle koruyucu giysiler çıkarılmalıdır.
- Ameliyat öncesinde, tüm ameliyathane personeli kişisel koruyucu ekipman giymelidir.
 - i. Kişisel koruyucu ekipman: Su geçirmez önlük, N95 veya FFP2/3 maske, gözlük/yüz ekranı, lateks eldiven, deliksiz ayakkabı/çizme.
 - ii. Bunlar hazırlandıktan sonra, steril cerrahi önlük giyilmelidir. Cerrahi eldiven giyilmeden önce, alt eldiven alkol veya antiviridüal ajanlarla yıkanmalıdır.

Jinekolojik onkologlar olarak kendimizi ve hastalarımızı korumak için başka ne tür stratejiler geliştirebiliriz?

- Sosyal mesafe en önemli nokta ; hem hastane içinde hem de dışarıda üzerinde durulmalıdır.
- Tele-medicine kaynaklarına ağırlık vermelidir.
- Bilinen COVID-19 semptomları olan her hastaya universal tarama- klinik vizitleri ve cerrahi öncesi değerlendirme yapılmalıdır.
- Kaynaklar yeterli olduğunda, tüm preoperatif hastalara COVID-19 testi yapılması tartışmalı bir konudur.
- Kişisel koruma ekipmanı (PPE) önemlidir.
- Mümkün olduğunda aynı gün taburculuk önerilmelidir.